

Tillsyn som stöttar transformation

UTVECKLINGSFÖRSLAG FÖR TILLSYN AV OMSTÄLLNINGEN TILL
GOD OCH NÄRA VÅRD

ANNA KROHWINKEL & HANS WINBERG

Innehåll

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bakgrund och uppdrag | 2 |
| Omställningen till nära vård – en fördjupad översikt | 3 |
| Det nya vårdlandskapet och behovet av reformer | 3 |
| Två revolutioner kräver en tredje | 3 |
| Behovet av systemomställning | 4 |
| Nära vård och omställning som reforminitiativ..... | 5 |
| Nära vård i praktiken | 6 |
| Utmaningar för tillsynen..... | 7 |
| Nya riskperspektiv för en utvecklad tillsyn..... | 8 |
| Tillsyn med fokus på ändamålsenlighet | 10 |
| Tillsyn under förändring | 11 |
| Tillsyn av systemfaktorer som hindrar förändring..... | 12 |
| Sammanfattning: Tre riskperspektiv som behöver täckas in | 13 |
| Slutsatser och utvecklingsförslag..... | 14 |
| Källförteckning | 15 |
| Bilaga: Ramverk för målgruppsbaserad analys..... | 17 |
| Riskanalys och tillsynsbehov utifrån olika målgrupper – en exemplifiering | 18 |

Bakgrund och uppdrag

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) driver sedan några år ett utvecklingsarbete för att uppdatera tillsynen i takt med vårdens och omsorgens utveckling.

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) fick hösten 2019 ett uppdrag av IVO att bidra med kunskapsutveckling och -underlag kring hur myndigheten kan utveckla en tillsyn som stödjer omställningen mot nära vård. Det sammantagna syftet med projektet har varit att:

- Bidra med kunskap om omställningens utveckling, bl.a. i och med att nya vårdformer etableras,
- Visa på tillsynens möjligheter att bidra till omställning i vården och omsorgen,
- Beskriva riskområden kopplat till själva omställningen,
- Identifiera vilka riskområden inom vården en förstärkt tillsyn bör inriktas mot som en följd av omställningen,
- Diskutera ändamålsenliga metoder för att tillsyna riskområdena och föra ut iakttagelser till verksamheterna.

Projektet har omfattat ett antal delmoment som inbegripit både empiriinsamling och samskapande med IVO, och mer fristående arbete från LHC:s sida med att ta fram relevanta kunskapsunderlag. I denna rapport redovisas enbart de konceptuella delarna kopplat till kunskap om omställningen och därtill kopplade riskperspektiv.

Omställningen till nära vård – en fördjupad översikt

Om man utgår från bilden av den svenska vården och omsorgen såsom den tecknas i publika medier är det lätt att få intrycket att allt är problem. Medarbetare är sönderstressade, äldreomsorgen undermålig, utförare fuskar med finanserna och det råder en allmän vårdplatsbrist. När man arbetar med tillsyn – som ju har till uppgift att ta emot klagomål, granska avvikelser och uppmärksamma kvalitetsbrister – så är det lätt att man fastnar i en liknande bild. Tillsynens uppdrag är dock bredare än att visa på fel och brister, den ska även bidra till lärande och utveckling i vård- och omsorgsverksamhet. För att kunna göra detta måste tillsynen kunna gå utöver det enskilda fallet och mer systematiskt peka på vad som fungerar bra och mindre bra i olika situationer, och varför. Denna systemförståelse är särskilt viktig i tider av förändring (som exempelvis under omställningen till nära vård). Utveckling av tillsyn för nya verksamhetsmodeller kräver fördjupade kunskaper om hur pågående systemförändringar kan beskrivas och förstås.

För att bidra till detta ges nedan en kunskapsbakgrund till behovet av nära vård-reformer, en översikt över vad reformerna innebär i vårdpraktiken, samt ett inledande resonemang kring konsekvenser för tillsynen.

Det nya vårdlandskapet och behovet av reformer¹

Den moderna vården och omsorgen i Sverige har historiskt varit mycket välansedd, både om man ser till medicinska resultat och medborgarnas förtroende för systemet. Legitimiteten beror, förutom kunniga och engagerade vårdprofessionella, i hög grad på en lyckad kombination av olika förvaltningslogiker: En ramlag med allmänt accepterade grundprinciper, ett lokalt förankrat huvudmannaskap i kombination med nationell styrning för jämlikhet, decentraliserat utförande med viss individuell valfrihet, respekt för professionernas expertis, samt starka patientorganisationer med representativitet i centrala policyprocesser. Modellen har varit så framgångsrik att det inte är helt entydigt om, och i så fall hur den behöver anpassas till de förändrade förutsättningar som samhällsutvecklingen nu för med sig.

Två revolutioner kräver en tredje

För att greppa transformationen av dagens hälso- och sjukvårdssystem och vilka behov av förändrad styrning som utvecklingen medför behöver vårdens nuvarande funktionssätt förstås utifrån dess historiska kontext, vilka motiv som fanns då och hur de efterhand har byggts på. På 1700-talet fördes en merkantilistisk ekonomisk politik där en stor befolkning betydde mer resurser, främst i form av soldater och arbetare. Medellivslängden var låg och ett sätt att gynna befolkningstillväxten var att aktivt minska den dödlighet som gick att åtgärda. Även om vården inskränkte sig till basala åtgärder såsom åderlåtning och amputation, innebar det att det offentliga tog ett ansvar som man tidigare inte haft. Vården blev en sorteringsmekanism; de som kunde botas kom tillbaka i sysselsättning, de som inte förblev produktiva lämnades åt socknarnas och sedermera kommunernas fattigvård – omsorgens föregångare.

¹ Avsnittet bygger på den inledande kapitlet i boken Moderna Policies – inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt (LHC 2019:3).

Det allmännas åtagande har sedan dess successivt vidgats och varje nytt steg i den medicinsktekniska utvecklingen har inneburit ytterligare ambitionshöjningar gentemot medborgarna. Går något att bota, så bör det botas. Teknikutvecklingen har därefter kontinuerligt skapat nya möjligheter, möjligheter som vården och omsorgen på senare tid visat sig dåliga på att tillvarata. Tidigare framgångar kan sägas ha dolt det faktum att systemen är i behov av stora förändringar för att kunna fortsätta utvecklas.

Sammanfattningsvis förändras förutsättningarna förändras genom två parallella revolutioner:

1. *Den medicinska revolutionen.* Vår förståelse för människans biologi gör att vården idag utför prestationer som vi inte kunde drömma om så sent som för tjugo år sedan. Det handlar om förfinade diagnosmetoder och utvecklade behandlingsformer, men också om helt nya sätt att tidigt upptäcka och hindra sjukdom från att bryta ut.
2. *Den digitala revolutionen.* Digitaliseringen påverkar hela samhällets organisering och våra dagliga liv. Den medför nya möjligheter att inhämta information, kommunicera, utveckla kunskap och dela data. I kombination med den medicinska revolutionen omformar digitaliseringen i grunden förutsättningarna för hälsa, vård och omsorg.

Men för att tillvarata de första två revolutionerna fullt ut, behövs en tredje:

3. *Den organisatoriska revolutionen.* Behovet att organisera på helt nya sätt kommer av de nya möjligheterna. Organisering handlar om vem som ska göra vad i systemet, om var det ska göras och tillsammans med vem. Det kan innebära att bryta upp sekelgamla hierarkier och få skilda discipliner att samverka istället för att arbeta i stuprör. Det kräver nya kompetenser hos professionerna, såväl som medverkan av för systemet helt nya kompetenser. Det innebär att utveckla nya relationer med patienterna. Det finns också ett behov av nya mål för verksamheterna, det vill säga synen på det som systemen ska leverera, och nya former av uppföljning och tillsyn som tar detta i beaktande.

Behovet av systemomställning

Ett genomgående problem idag när det gäller att styra, organisera och utveckla vård och omsorg är att vårdsektorn ofta ses som en relativt homogen enhet, med samma problem och mål. Denna ordning speglar det mer begränsade offentliga åtagande som traditionellt har varit sjukvårdens uppgift: att hantera relativt enkla tillstånd som kan botas.

För bara några decennier sedan var de som avvek från den enkla logiken så få att det helt enkelt inte behövdes något annat system än det vi lever med idag. På senare år har sjukdomspanoramata – delvis tack vare den fantastiska utvecklingen inom det medicinska specialistområdet – dock förändrats. Vi lever allt längre, även om det är med fler hanterbara kroniska sjukdomar, och blir allt kunnigare om hur vi själva kan göra mer i vår egen vård. Alltmer blir möjligt att diagnosticera och bota, och går det inte att bota är det ofta möjligt att med hjälp av modern vård ha ett gott liv trots en befintlig diagnos. Flera samtidiga förändringar gör att andelen komplicerade, kroniska och komplexa patienter ökar, samtidigt som allt större delar av vården individualiseras och flyttas till patienters vardagliga sociala sammanhang, där fokus i allt högre grad är på att må så bra som möjligt.

En grundläggande fråga är vad dessa nya förutsättningar innebär för hur vi styr och organiserar hälso- och sjukvårdssystemet, och, inte minst, hur vi borde göra i framtiden. Reformerna mot nära vård kan mot denna bakgrund ses som ett försök att ta tillvara effekterna av de medicinska och digitala revolutionerna och pröva nya arbetssätt som på sikt kan lägga grunden till en organisatorisk omställning av hela systemet.

Nära vård och omställning som reforminitiativ

För att hälso- och sjukvården och den kommunala vården och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet och kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov på ett bättre sätt, krävs en omfattande och långsiktig utveckling av hela vårdssystemet – en omställning. I den offentliga utredningen God och nära vård (där begreppet myntats) beskrivs utvecklingsbehoven som följer:

För att möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, som handlar om att organisera vården utifrån befolkningen och patienternas behov. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förväntningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov.²

Regeringen har kopplat ambitionerna om en god och nära vård framför allt till en förstärkning av primärvården.³ SKR menar dock att även om primärvården utgör en kärna i den nära vården och många initiativ tas där, så ska nära vård snarare ses som ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg, där utgångspunkten bör vara individens behov och upplevelse av närhet.⁴ En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler. För att kunna uppnå den visionen räcker det inte med en utveckling av delmoment inom befintliga vårdverksamheter, utan konsekvenserna för sektorn som helhet och på alla vårdnivåer behöver beaktas.

Förutom ”hårda” effekter i form av omfördelning av resurser så förväntas omställningen mot nära vård även ha effekter på kulturen och samarbetsklimatet inom vård och omsorg. SKR har liknat omställningen vid en rörelse som går från att fokusera på organisation till relation, från att vara reaktiv till förebyggande. Rörelsens riktning går också från en fragmentiserad vård till en sammanhängande vård och omsorg. För patienten och brukaren innebär rörelsen att istället för att vara en passiv mottagare bli en aktiv medskapare.⁵

Sammanfattningsvis omfattar omställningen mot nära vård många olika komponenter där några som ofta nämns är:

² SOU 2018:39, s. 21.

³ Prop. 2019/20:164.

⁴ <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>

⁵ SKR/LHC 2020.

- Förflyttning av resurser från slutenvård till öppenvård,
- Ett förbättrat samspel mellan vård och omsorg, särskilt kring individer med komplexa behov,
- Ökat nyttjande av digitaliseringens möjligheter för att erbjuda och utveckla vård,
- Ett ökat fokus på förbyggande och preventiva insatser för att undvika att vårdbehov uppstår.
- Ökad betoning på personcentrerad vård, inklusive delaktighet och stöd till egenvård.

Närhet tolkas lokalt och individuellt i flera dimensioner, det kan exempelvis handla om geografisk närhet, närhet i relationen mellan patient och professioner, närhet i form av kontinuitet, trygghet och samordning samt olika aspekter av tillgänglighet. En undersökning från 2021⁶ visade att "den genomsnittlige medborgaren" förknippar god och nära vård med tillgänglighet, kompetens och snabbhet oavsett vilken vårdform det handlar om.

Nära vård i praktiken

Omställningen till nära vård pågår runt om i landet inom ramen för olika regionala strategier och satsningar. Därtill har staten och SKR sedan 2019 ingått överenskommelser om att vidareutveckla den nära vården. 2021 omfattar överenskommelsen totalt 6,8 miljarder kronor, varav 5,7 miljarder tillfaller regionerna, 1 miljard går till kommunerna och en liten del till SKR:s samordningskansli.⁷

De faktiska utvecklingsarbeten som görs inom olika regioner är av olika omfattning och karaktär, där allt från enstaka projekt till en helt förändrad förvaltningsstruktur kan gå under benämningen nära vård. I många fall har sedan länge pågående kvalitetsarbete och arbete med personcentrerade förhållningssätt inlemmats under nära vård/omställningsbegreppet.⁸

Praktiskt kan nära vård handla om verksamheter som utvecklat nya former av samverkan mellan professioner och arbetsgrupper, som lyckats få omsorgsverksamhet och sjukvårdsinsatser att samsas i fungerande flöden, erbjuder nya former för vård i hemmet eller som tagit tillvara de möjligheter tekniken erbjuder för att effektivisera vården och/eller utveckla patientens roll i sin egen vård.

En inventering av nära-vård-arbetet i sju regioner identifierade två olika typer av nära-vård-insatser som var vanligt förekommande:⁹ fokuserade satsningar på en specifik mindre patientgrupp med omfattande behov och vårdkonsumtion (exempel: mobila team, uppsökande verksamhet, hälsocoach); samt satsningar på utvalda tekniska lösningar för att kompensera för geografiska utmaningar, förbättra tillgänglighet och effektivisera vårdflöden (exempel: hemmonitorering, digitala vårdmöten, appar för kroniker).

⁶ Novus 2021.

⁷https://skr.se/download/18.71a6757217b07d9b39fb939b/1629783112706/God_och_nara_vard_2021_uppdaterad.pdf

⁸ Jfr. LHC & CHI 2020:3.

⁹ SKR/LHC 2020.

I rapporten konstateras att utvecklingsarbetet inom dessa områden i hög grad bedrivs i projektform med eller utan extern finansiering, och en gemensam utmaning är att säkerställa mottaglighet i systemet för nya arbetssätt när projektfasen avslutats. Många huvudmän har som ambition att på sikt även åstadkomma större förändringar av vårdsystemets struktur och styrning i linje med nära vård, men utvecklingen av styr- och uppföljningssystemen släpar i de flesta fall efter verksamhetsutvecklingen. Detta utgör en utmaning även för tillsynen, vilket beskrivs närmare nedan.

Utmaningar för tillsynen

Hur kan en tillsyn utformas som uppmärksammar risker och brister med nära vård, och samtidigt stödjer utvecklingen? Hypotesen är att det även här behövs en omställning. Detta eftersom utvecklingen medför stora förändringar i hur vård och omsorg organiseras och utförs, vilket kan skapa nya risker för patientsäkerhet, vårdkvalitet och jämlik vård – men också möjligheter att minska risker och öka kvalitet exempelvis i form av ökad samordning, tillgänglighet, kontinuitet och patientdelaktighet. Tillsynen ska granska nya vård- och verksamhetsformer, men även innefatta vägledning och underlag för dialog med berörda aktörer gällande hur omställningen till en god och nära vård kan genomföras på ett säkert och ändamålsenligt sätt.

Organisatoriskt innebär omställningen till nära vård stora förändringar i roller och relationer inom hela hälso- och sjukvårdssystemet – och därför behövs även förändringar i fokus för tillsynen, i dataunderlag och i metoderna för hur tillsynen bedrivs. Som beskrivits ovan kan nära vård innebära nya ansvarsfördelningar, nya gränsdragningar mellan olika vårdformer, nya målvariabler och nya målgrupper. Exempel på förändrade gränser och logikskiften som påverkar uppföljning och tillsyn är bland annat:

- En sÄrlösning för en specifik patientgrupp (inte hela populationen)
- Ett breddat uppdrag, exempelvis omsorg tillsammans med vård (vård över huvudmannagränser)
- Förebyggande och stödjande insatser för att minska undvikbar vårdkonsumtion (inte traditionell vårdproduktion)
- Nya leverans- och samarbetsformer mellan aktörer, inklusive patienter (utökad egenvårdskomponent)

Att utvecklingsarbetet mot nära vård ofta sträcker sig över etablerade organisatoriska indelningar och/eller förändrar relationerna mellan vårdgivare och patient innebär att det är svårt att inom ramen för existerande uppföljningssystem visa på fördelarna – eller riskerna – med nya vårdformer och arbetssätt. Utmaningarna hör ihop med hur system för kunskapsutveckling och -styrning är utformade idag. De flesta av dagens riktlinjer, merparten av kvalitetsregistren och huvuddelen av evidensen finns kring det som kan beskrivas såsom varande inom ramen för en diagnos eller specialitet. Mätning och uppföljning följer organisationsindelningar och diagnosgrupper och har svårt att fånga effekten av insatser som har en preventiv logik, snarare än produktion av kurerande vård. Många uppföljningar beaktar enbart den regiondrivna vården, samtidigt som insatserna sannolikt får effekter på exempelvis kommunal hemsjukvård, hemtjänstens verksamhet osv.

Egenvård ses inte som en vårdinsats i uppföljningssystemen, trots att den kan utgöra ett betydande inslag i individens sammantagna vård.

En utmaning som kommer av att omställningen i verksamheterna går snabbare än omställningen av rapporteringssystemen är att komplexiteten i det som ska tillsynas ökar. Ofta handlar det om att inbegripa fler aktörer (inklusive den drabbade individen) och tillsynas längre vårdkedjor. Detta motiveras också av den ökade betoningen på patient- och brukarperspektivet inom tillsynen, och insikten att de problem och risker som uppstår för patienter och brukare inte alltid går att lösa inom en specifik verksamhet. Beroenden mellan aktörer brukar speglas relativt väl i klagomål och anmälningar från enskilda. Tidigare studier visar dock att även om ett klagomål uttryckligen avser samarbetsbrister, så är det svårt för tillsynande instanser att konkret bidra till bättre samarbete mellan de berörda vårdgivarna.¹⁰ Detta då möjligheterna att kräva åtgärder och fatta beslut följer etablerade organisatoriska ansvarsindelningar. Även om problemet finns i "de organisatoriska mellanrummen"¹¹ så finns begränsat med möjligheter att utfärda gemensamma beslut som avser flera vårdgivare och/eller huvudmän.

En annan utmaning är att metoderna för riskidentifiering och tillsyn behöver anpassas beroende på vilken patientgrupp man tittar på. Eftersom nära vård implementeras brett angår det inte enbart patienter med komplexa vårdbehov, även om det oftast är de som är i fokus för diskussionerna. Patienter kan också beröras indirekt då införandet av den nära vården påverkar andra vårdformer. En exemplifiering av hur tillsynen av nära vård kan struktureras utifrån enkla, komplicerade, långvariga respektive komplexa vårdbehov återfinns i bilaga.

Nya riskperspektiv för en utvecklad tillsyn

Risk är ett centralt begrepp som tillsynen av vård och omsorg utgår ifrån, och som därför behöver diskuteras när tillsynen ska utvecklas.

Generellt avser risk möjligheten att skadliga konsekvenser uppkommer till följd av framtida händelser som till tidpunkt, utsträckning eller utformning är okända. Risker kan beskrivas på olika sätt, till exempel sannolikheten för att en händelse inträffar, omfattningen av händelsen och typen av händelse. När risker bedöms är det vanligt att förväntad sannolikhet och konsekvens (hur allvarlig skadan kan bli) vägs samman.¹² När förekomst av risk ses som sannolikheten för låg eller undermålig kvalitet blir bedömningen relativ, det vill säga man behöver även definiera vad normal eller hög kvalitet innebär. När risken har resulterat i utfall (händelsen har de facto inträffat) bedöms ofta även frekvens, det vill säga är det som inträffat troligen en engångsförekomst eller finns risk för upprepningar. I komplexa verksamheter som vård och omsorg är en nolltolerans för fel sällan realistiskt, medan återkommande misstag eller kvalitetsbrister motiverar ett systematiskt förbättringsarbete.

Motsatsen till risk kallas ibland för chans, men mer vanligt i organisatoriska sammanhang är möjlighet eller ett utfall i form av nytta (i motsats till skada). Förutom i strikt matematiska

¹⁰ LHC 2012:9.

¹¹ Jfr. Tyrstrup 2014.

¹² Lindell et al 1991.

experiment (som tärningskast) finns det sällan absoluta mått på avvägningen mellan risk och nytta. Vid organisationsförändringar går det inte att kontrollera för att alla förutsättningar och omgivande faktorer hålls konstanta. Det är också sällan som utfallet blir entydigt, eftersom många olika värden (patientsäkerhet, arbetsmiljö, ekonomi mm) behöver avvägas, och olika aktörer kan vikta dessa olika. Därför måste man föra ett kvalitativt resonemang kring vilka direkta och indirekta konsekvenser förändringen förväntas medföra, och vilka positiva respektive negativa följder som kan uppstå för de inblandade.¹³

En typ av riskanalys som är vanlig i förändringsarbeten inom organisationer är SWOT-analysen. Namnet SWOT kommer från orden "Strengths", "Weaknesses", "Opportunities" och "Threats" och är ett företagsekonomiskt planeringshjälpmedel där man försöker finna styrkor, svagheter, möjligheter och hot vid en strategisk översyn eller reform. Modellen utvecklades ursprungligen för att tydliggöra påverkan från organisationens omvärld och identifiera möjligheter att hantera förändring och osäkerhet. Men den har också fått användning inom organisationer för att exempelvis analysera förutsättningarna för förändringsprojekt att implementeras hållbart och långsiktigt i den ordinarie verksamheten.¹⁴ Använd på detta sätt synliggör en SWOT-analys ofta projektets inre styrkor och svagheter såväl som vilka förutsättningar för mottaglighet/hinder som ges av organisationens etablerade strukturer och styrsystem (riktlinjer, ansvarsfördelning, budgetar, uppföljning, etc).¹⁵

En komplicerande faktor i offentliga verksamheter som vård och omsorg är att de avsedda effekterna av reformer (som exempelvis den mot nära vård) inte stannar inom en viss organisation, utan det är i effekter på medborgarnas hälsa som avses. Eftersom medborgarna är sinsemellan väldigt olika med olika behov och preferenser, blir en faktoranalys centralt i riskbedömningen. Ett exempel på det är en målgruppsanalys som utifrån en kategorisering av olika patientgruppers vårdkonsumtionsmönster visar på variation i de risker som kan uppstå när man inför nära vård (se bilaga).

Traditionell tillsyn fokuserar ofta på de grupper där riskerna för kvalitetsbrister, vårdskador eller missförhållanden bedöms som särskilt stora och kan leda till allvarliga konsekvenser för den enskilde. Det handlar i hög grad om patienter med komplexa behov och multipla vårdkontakter. Detta är motiverat med hänsyn till att tillsynens effekter blir som tydligast när tillsynen riktar in sig på det som i dagsläget är de största problemområdena. Viktigt att komma ihåg är dock att satsningarna på nära vård erbjuder och motiveras av möjligheter till en *minskning* av många risker som nuvarande system genererar i form av bristande samordning, tillgänglighet, kontinuitet och patientdelaktighet.

Om man genom tillsynen vill stödja denna förändring behöver man bredare angreppssätt än att fånga dagens undermåliga utfall. Nedan diskuteras tre dimensioner som kan vara användbara för att utveckla tillsynen som verktyg för systemtransformation: tillsyn med

¹³ Ett exempel på rutin förarbetsmiljöbedömning vid verksamhets- och organisationsförändringar inom ett universitetssjukhus: <https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/19504/Arbetsmilj%c3%b6bed%c3%b6mning%20vid%20verksamhets-%20och%20organisationsf%c3%b6r%c3%a4ndring.pdf?a=false&guest=true>

¹⁴ Helms et al 2010.

¹⁵ Se t ex Stockholms Stad/LHC 2013.

fokus på ändamålsenlighet, tillsyn i förändringsprocesser samt tillsyn av systemfaktorer som hindrar förändring.

Tillsyn med fokus på ändamålsenlighet

Ändamålsenlighet är ett område som inte traditionellt varit fokus för tillsyn men där tillsynen kan bidra både till ökad patientsäkerhet och till ett systematiskt och hållbart utvecklingsarbete mot nära vård i systemet i stort. Ändamålsenlighet, eller allokativ effektivitet (effectiveness)¹⁶ handlar om hur väl en uppgift bidrar till ett övergripande mål. En aktivitet kan, om den inte är ändamålsenlig, vara väl utförd, men inte lämplig för situationen. Ett exempel är ett prov som tas på en patient, men inte behövs. Provet kan göras i en effektiv och patientsäker process, men det tillför ändå inget värde och drar onödiga resurser. Arbetet har i så fall hög kvalitet men låg ändamålsenlighet.

Ändamålsenlighet, det vill säga om rätt insatser görs för rätt patienter, är en utmaning som sällan belyses och ofta hanteras valhant inom utvärdering av vård och omsorg. Med undantag för läkemedelsområdet och rent medicinska behandlingsriktlinjer finns begränsat stöd för att bedöma avvägningen mellan nytta och risk i arbetssätt och leveransformer. Utvärdering och tillsyn av ändamålsenlighet är dock en aspekt som troligtvis kommer att öka i betydelse i och med en satsning på nära vård, då flera former av nära vård innebär insatser som främst ökar ändamålsenligheten för specifika målgrupper, givet en god kvalitet på de enskilda åtgärderna. Det innefattar analys av hur tillgänglighet till och efterfrågan på olika nära-vård-insatser påverkar deras utfall.

När det gäller kurerande insatser anses de ofta vara ändamålsenliga som följd av det medicinska beslutet om behandling, och fokus kan läggas på att utvärdera kvalitetsutfall och avvikelser. När det gäller preventiva åtgärder, som är i fokus för många nära vård-satsningar, fångas ändamålsenligheten istället genom att uppskatta och värdera konsekvenser som kunde ha uppstått om insatsen inte hade satts in. Det medför att man måste göra antaganden kring alternativ och sannolikheter, vilket kräver kunskap om patienters behov och beteenden, såväl som om det övriga vårdutbudet och olika möjliga vårdvägar. Detsamma gäller när det finns många möjliga alternativ för att tillgodose samma typ av vårdbehov, exempelvis i form av fysiska respektive digitala lösningar, vars lämplighet och säkerhet kan variera stort beroende på individuella förmågor och preferenser. Olika förutsättningar i olika delar av landet kan också påverka relevans och alternativ. Ändamålsenlighet kan i dessa fall inte mätas och jämföras utifrån parametrar baserade på kvalitet i enskilda insatser.

Bristande ändamålsenlighet uppstår när fel insats eller mix av insatser ges. Bristande ändamålsenlighet kan uppstå på systemnivå, inom respektive verksamhet, på patientgruppsnivå eller i den enskilda behandlingssituationen, och kan till exempel bero på otillräcklig prioritering, felaktiga incitament, brist på kliniska riktlinjer, ofullständig resultatrapportering eller dålig koordinering inom systemet. I fallet nära vård är det i många fall troligen en större utmaning att erbjuda rätt åtgärd(er) till rätt patient(er), än att hålla kvaliteten hög på de enskilda ingående insatserna. Detta är något som traditionell tillsyn

¹⁶ Smith et al 2016.

fokuserad på dåliga utfall har svårt att fånga, men som är av hög relevans om man vill bidra till att systemet som helhet utvecklas på ett patientsäkert och långsiktigt hållbart sätt.

Tillsyn under förändring

Begränsningarna med att tillsyna utfallsbaserat och retroaktivt blir särskilt tydliga i situationer av snabb förändring, då de förutsättningar som rådde vid tiden för en vårdskada inte alltid återspeglar den rådande situationen. En utmaning med traditionell tillsyn när verksamheten är inne i en utvecklingsfas är därmed att tiden blir av avgörande betydelse – både att data inhämtas snabbt och analyser görs skyndsamt så att föreslagna åtgärder inte tappar i relevans.

Ett annat sätt att se på saken är att metoderna för datainhämtning behöver utvecklas, Traditionellt har tillsynen främst mätt signaler om risk i form av anmälningar, Lex Sara eller Lex Maria, och andra kanaler via web, telefon eller brev. Dessa signalsystem är bra, men har även en hel del svagheter. Den mest uppenbara svagheten är att dessa signaler till stor del inte handlar om risk, utan om händelser, det vill säga en risk som faktiskt slutat vara en risk och blivit ett verkligt resultat.¹⁷ I linje med ambitionerna mot nära vård vore det kanske mer relevant att fokusera på risken för ohälsa och otrygghet, snarare än inträffade vårdskador.

I samband med förändringsprocesser som den mot nära vård synliggörs dock utmaningen att utveckla tillsyn för sådant som ännu inte finns, där resultat eller evidens ännu inte har kunnat påvisas, eller där traditionella metoder för kunskapsgenerering passar mindre bra på grund av höggradigt individualiserade behov och ökad komplexitet i behandlingsmönstren. Olikskheterna mellan olika verksamhetstyper och patientsituationer gör att en specifik kravställning eller samlad riskbedömning på övergripande nivå vad gäller god och nära vård kan förväntas få begränsad relevans. Vi vet också att standardiserade underlag är statiska och att aktörer i ett komplext och föränderligt system behöver agila förhållningssätt till sig själva och i relation till andra för att reagera på och kunna hantera oväntade situationer.

Risikforskare har beskrivit utmaningarna i termer av tankemodellerna Safety I och Safety II.¹⁸ Att försöka hitta särskilda orsaker till risker och vårdskador ryms inom paradigmet Safety I. Samtidigt pekar forskarna på att handlingar som oftast leder till att det blir rätt kan vara samma handlingar som utförs vid en vårdskada. Det beror på att förutsättningarna ständigt skiftar och att det råder en stor variation i hur arbetet utförs. I det vardagliga arbetet gör vårdpersonalen hela tiden anpassningar för att hantera störningar och oväntade situationer, vilket förklarar varför det oftast blir ett gott resultat – Safety II. Med fokus på Safety I blir åtgärdsförslagen ofta att avkräva tydligare ansvarsfördelningar, riktlinjer, uppdragsbeskrivningar, osv. Enligt Safety II behövs istället ett ledarskap som kan ge utrymme för variation och samtidigt hålla riskerna under kontroll, och riktlinjer som tillåter en professionell avvägning mellan individualisering och standardisering.

Behovet av avvägningar behöver även genomsyra tillsynen av de områden inom förändringsarbete som vi i dag uppfattar som problematiska och utvecklingsbara. Tillsynen behöver fånga de risker som är förknippade med förändringsprocesser, den osäkerhet och

¹⁷ Jfr SKR 2015 som skiljer på riskanalys och händelseanalys.

¹⁸ Se SKR 2015.

instabilitet som uppstår när resurser ska flyttas, system ska bytas och nya arbetssätt ska läras in. Uppföljning av implementering behöver dock kunna skilja på nödvändig lokal anpassning och motstånd att ta till sig ny kunskap. Här finns utvecklingsmöjligheter för IVO att komplettera analysen av avvikelser och formella styrsystem med mer proaktiv och kvalitativ analys av exempelvis ledarskap inom vårdorganisationer, relationer mellan vårdgivare, relationer mellan vårdgivare och patient, samt de organisatoriska förutsättningarna för att bedriva teamarbete och samverka med patienten i olika situationer.¹⁹

Tillsyn av systemfaktorer som hindrar förändring

Rätt genomförd erbjuder omställningen till nära vård möjligheter till en minskning av många risker som nuvarande system genererar. Det gäller i synnerhet för den växande patientgrupp behov idag faller mellan olika verksamheters ansvarsområden. Idén om nära vård innefattar principiella resonemang om vikten att gå från linjär och enhetsvis organisering och produktion till ett system som i större utsträckning bygger på samverkan, personcentrering, geografisk flexibilitet osv. För att detta ska bli verklighet behöver inte enbart nya insatser och arbetssätt utvecklas, utan även styrsystem, riktlinjer, uppdragsbeskrivningar och uppföljningssystem behöver ställas om.

Utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv kan vi dra slutsatsen att om vi *inte* utvecklar systemet i dessa avseenden kommer det på sikt få negativa konsekvenser, i och med att matchningen mellan patienternas behov och systemets utformning fungerar allt sämre. Detta inbegriper också risken att utveckling och nytänkande som inte möjliggörs inom vården idag tar fart utanför det gemensamma systemets kontroll, vilket kan medföra ökad ojämlikhet. Ett förstärkt fokus hos IVO på att tillsyna inte bara enskilda nära vårdverksamheter, utan även de systemaspekter som långsiktigt hindrar eller främjar i omställningen till en ändamålsenlig nära vård, vore därför angeläget.

Resonemanget har kopplingar till den pågående kunskapsutvecklingen kring hur orsaker till risker och patientsäkerhetsbrister kan identifieras och analyseras.²⁰ Bakomliggande orsaker kan identifieras utifrån olika synsätt: individsyn respektive systemsyn. En individsyn innebär att orsaker söks hos enskilda personer, exempelvis att en medarbetare slarvat eller brustit i uppmärksamhet, eller att det finns oegentligheter i hur en vårdföretagare hanterat sin privata verksamhet. Detta ingår inom ramen för uppdraget om tillsyn hälso- och sjukvårdspersonal samt ägar- och ledningsprövning av tillståndspliktiga verksamheter. En systemsyn utgår i stället från att negativa händelser uppstår på grund av brister i hälso- och sjukvårdssystemets uppbyggnad. Det är ett perspektiv som gradvis har fått ökad betydelse inom tillsynen.²¹ Med en systemsyn kan orsaker som exempelvis svagheter i arbetsmiljö, bemanning, kompetens och organisering identifieras. En systemsyn ger därmed bättre förutsättningar att hitta och identifiera risker som skulle kunna resultera i återkommande fel eller kvalitetsbrister.

I princip ska en systemsyn kunna omfatta svagheter på alla nivåer i systemet, från det enskilda projektteamets sammansättning till utformningen av styrning på nationell nivå.

¹⁹ Jfr Care Quality Commission 2018.

²⁰ Se t ex Ödegård 2019.

²¹ SKR 2015.

Tillsyner pekar ofta ut huvudmännens ansvar, men fortfarande är det dock så att åtgärdsförslag efter risk- och händelseanalyser oftare riktas mot den lokala verksamhetsnivån än mot den övergripande organisatoriska nivån. Åtgärdsförslag som samlat inbegriper flera organisationer eller överordnade huvudmän är än mera ovanliga. En orsak är att det strikt juridiska perspektivet på ansvarsgränser och -utkrävande dominerar över en bredare syn på vad tillsynen kan åstadkomma i form av lärande och förändringsstöd.

Vi kan också notera att även där en systemsyn används som grund för tillsynen så dominerar det traditionella riskperspektivet där man utgår från (negativa) utfall eller indikationer för att söka förklaringar. Det omvända perspektivet, att söka efter systemfaktorer som förhindrar en positiv förändring, finns representerat i viss kvalitativ utvärdering men har inte slagit igenom inom tillsynen. Här finns möjligheter att utveckla riskbedömning och datainsamling men även tillsynens återkopplingskomponent, det vill säga arbetet med uppföljning av effekterna av genomförda tillsyner. I vilken utsträckning tillsynsresultat som berör systemfaktorer kan generaliseras och spridas till fler aktörer än de direkt berörda är också en fråga som behöver utredas för att tillsynen ska kunna bidra konstruktivt till en successiv omställning.

Sammanfattning: Tre riskperspektiv som behöver täckas in

Utifrån tidigare resonemang föreslås följande tre riskperspektiv som en enkel grund för att inbegripa de olika aspekter på omställning som tillsynen behöver förhålla sig till.

- **Risker med att inte ställa om.** Detta omfattar kända riskområden i nuvarande system som omställningen mot nära vård avser att avhjälpa (brister i samordning, tillgänglighet, kontinuitet, patientdelaktighet, mm). Genom kontinuerlig tillsyn med detta fokus kan man följa om omställning sker i relation till specifika riskgrupper. Man kan också peka ut i vilken utsträckning nära-vård-insatser konkret bidragit till att minska risker och skador.
- **Risker i nya vårdformer.** Detta omfattar risker som kan förknippas med nya sätt att leverera vård (exempelvis digitala vårdmöten, stöd till egenvård), etablering av nya vårdaktörer och nya sätt att dela data. Här kan tillsynen uppmärksamma generella risker och proaktivt stärka patientsäkerhetsarbetet medan vårdformerna etableras. Tillsynen kan också ge underlag till resonemang kring ändamålsenlighet i insatser och vårdformer (analys av hur tillgänglighet och nyttjande matchar behov och säkerhet i olika patientgrupper).
- **Risker i omställningsprocesser.** Detta omfattar risker som uppstår i organisatoriska förändringsprocesser (exempelvis risker förknippande med flytt av verksamheter, byte av system, temporära verksamheter, undanträngningseffekter). Tillsynen kan synliggöra både direkta effekter av förändringsarbete på patientsäkerhet och arbetsmiljö, men även indirekta effekter för patienter/medborgare i andra delar av systemet. Tillsynen kan även ge underlag till resonemang om hur förändringsarbete kan designas på ett ändamålsenligt och hållbart sätt (exempelvis vilka resultat och systemförutsättningar som behöver vara på plats för att ett förändringsprojekt ska överleva pilotfasen).

Slutsatser och utvecklingsförslag

Den teoretiska genomgången, tillsynsinventeringen tillsammans med feedbacken i workshops visar sammantaget på en lång rad av möjligheter men även utmaningar för hur tillsynen skulle kunna utvecklas för att stödja systemomställning. Analysen visar också på att utvecklingen av en utvidgad tillsyn som kan stötta omställning innefattar flera slags riskperspektiv som sinsemellan är av ganska olika karaktär och kräver olika tillsynsmetoder och tidsperspektiv.

Avvägningarna kring vilka typer av risker som ska tillsynas är komplicerade. En förskjutning av tyngdpunkten i tillsynen för att bli mer framåtsyftande för med sig både fördelar och nackdelar, och dessa behöver diskuteras i relation till tillsynens uppdrag och mandat. Avgränsningarna mellan tillsynsuppdraget och andra närliggande myndighetsuppdrag kring exempelvis beskrivning, utvärdering, riktlinjeproduktion och strategisk styrning behöver också utredas.

Nedan listas avslutningsvis några avvägningar som vi har identifierat som centrala, och där det behövs vidare diskussion och kunskapsunderlag för att utveckla tillsynen i en riktning som stöttar transformation:

- Avvägningen mellan beskrivning och tillsyn. Ska tillsynen leta mönster (som skulle kunna innebära risk men inte behöver göra det) eller ska man behålla fokus på riskfyllda händelser?
- Avvägningen mellan tillsyn och utbildning/facilitering. Participativa metoder innebär ett lärande som troligen ger bättre tillsynseffekter i det enskilda fallet, men metoden är samtidigt resurskrävande och resultaten svåra att sprida.
- Avvägningen mellan tillsyn i individärenden och systemutveckling. Är det tillsynens uppgift att skaffa upprättelse åt enskilda personer, eller att utveckla systemet? Personcentreringen i nära vård ställer frågan på sin spets.
- Avvägning mellan jämlik tillsyn nationellt (enhetlig rättsverkan) och tillsyn anpassad till lokala förhållanden (efter verksamheternas behov och förmåga). Olika regioner/aktörer har kommit olika långt i omställningen – krävs anpassade metoder och fokus i tillsynen?
- Avvägningen mellan tillsyn och riktlinjeproduktion. I vilken mån kan tillsynen bidra till att ta fram kriterier exempelvis för ändamålsenlig nära vård (målgruppsanpassning) eller vad som utgör lämplig design på ett förändringsprojekt?
- Avvägning mellan framåtsyftande tillsyn och tillståndsprövning. Tillståndsgivning är till sin karaktär egentligen mer framåtsyftande (planerat verksamhetsinnehåll granskas). Finns möjligheter att även utveckla tillståndsgivningens metoder till att stödja omställning?
- Avvägning mellan tillsyn och strategisk verksamhetsutveckling/rådgivning. Alla förändringar innebär risker. Ska tillsynen fokusera på kortsiktiga störningar eller se till mer till långsiktiga nyttor (ett säkrare system på sikt)?
- Avvägningar mellan verksamhetstillsyn och systemtillsyn. Vilka systemdimensioner ska tillsynen ta hänsyn till när risk bedöms? Ingår t ex även allokativ effektivitet (en viktig faktor för ett långsiktigt hållbart och jämlikt system) eller ska man fortsatt undvika detta? Vilka är de lämpliga avgränsningarna för att tillsyna exempelvis tillgänglighet och vårdplatsfördelning i ett omställt system?

Källförteckning

Care Quality Commission 2018. Beyond barriers: How older people move between health and social care in England. Annex: Relational audit – summary of findings.

Helms, Marilyn M. & Nixon, Judy 2010. Exploring SWOT analysis – where are we now? A review of academic research from the last decade. Journal of Strategy and Management Vol.3 No.3 2010 s. 215-251.

LHC 2012:9. När samverkan brister. Patientnämndsärenden som underlag för problemanalys och kvalitetsutveckling mot en sammanhållen vård och omsorg om äldre.

LHC 2012:11. Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor. En analys av komplexa flöden.

LHC 2019:3. Moderna Policies – inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt.

LHC & CHI 2020:3. Om en Omställning. Rapport från ett följeforskningsuppdrag om hälso- och sjukvårdsutveckling i Västra Götalandsregionen.

Lindell, Bo m fl 1991. Att jämföra risker - Information och rekommendationer från Riskkollegiet.

National Advisory Group on the Safety of Patients in England 2013. A promise to learn – a commitment to act. Improving the safety of patients in England.

Novus 2021. Framtidens vård i spåren av Corona.

Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.

Regeringskansliet & SKR 2020. God och nära vård 2021 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården i nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner

SKR 2015. Riskanalys och händelseanalys. Analysmetoder för att öka patientsäkerheten. Handbok.

SKR/LHC 2020. Nära vård. Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter.

Smith et al 2016. Health System Efficiency – How to make measurement matter for policy and management: A framework for thinking about health system efficiency. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Policy Series 46.

Smithson et al, 2018. Impact of the Care Quality Commission on provider performance. Room for improvement? The Kings Fund.

SOU 2018:39 God och nära vård: En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2018:48 En lärande tillsyn. Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg. Delbetänkande av Tillitsdelegationen.

SOU 2019:29 God och nära vård. Vård i samverkan. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

Stockholms Stad/LHC 2013. Framgångsrika projekt? Förutsättningar och strategier för genomförande av designledd innovation i Stockholms stad.

Tyrstrup, Mats 2014. I välfärdsproduktionens gränsländ. Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg.

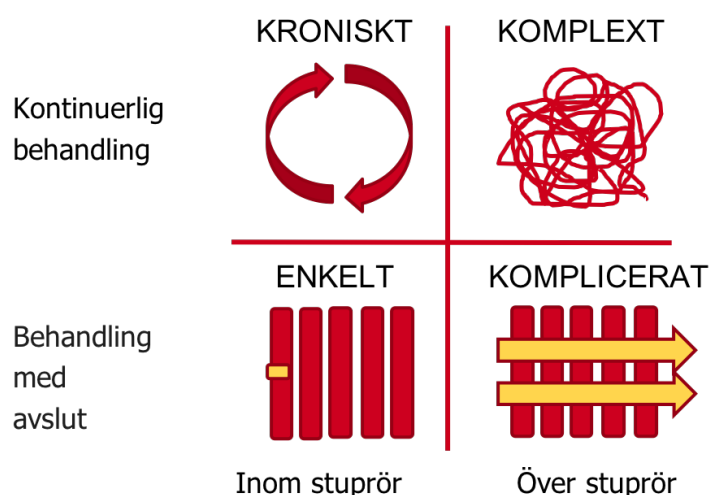
VGR dok 19504. Arbetsmiljöbedömning vid verksamhets- och organisationsförändring. Rutin.

Ödegård, Synnöve (red.) 2019. Säker vård. Nya perspektiv på patientsäkerhet. Stockholm: Liber.

Bilaga: Ramverk för målgruppsbaserad analys

Hur en verksamhet kan följas upp beror till stor del på vilken patienter som omfattas och hur mycket deras behov och konsumtionsmönster varierar, både över tiden och mellan patienter. Många nära-vård-satsningar görs för specifika målgrupper, vilket betyder att patientgruppens sammansättning och karakteristika får stor betydelse. Den spelar roll både för hur verksamheten utformas och hur den kan utvärderas och jämföras med andra.

För att analysera målgruppers behov kan LHC:s fyrfältare användas. Denna definierar olika behovsgrupper i hälso- och sjukvården utifrån vilka krav på tillgänglighet, kontinuitet och samordning dessa ställer, se figur 1.²²



Figur 1. Ramverk för målgruppsbaserad analys. Källa: LHC (2016).

Många nära vård-satsningar avser gruppen äldre med komplexa behov, som får riktade insatser bland annat genom uppsökande akutvård, kontinuerlig vård eller avancerad vård i hemmet. En annan grupp är vårdbehövande i glesbygd, där behoven kan variera från enkla till komplexa men förenas av en geografisk tillgänglighetsutmaning. En tredje grupp är relativt friska kroniker där ny teknik och arbetssätt kan öka möjligheterna till egenvård. Nära vård kan också handla om nya sätt att möta patienter med enklare och mer lättdefinierade sjukdomstillstånd, där vårdflödet kan effektiviseras. Exempelvis digital diagnostik inom hudområdet där utredning i många fall kan ske inom primärvården med stöd från specialist, och antalet fysiska remisser till sjukhus på så sätt kan reduceras.

Inkluderingskriterier blir centrala för att kunna utvärdera och följa insatser inom respektive grupp, i jämförelsen mellan olika verksamheter, samt i diskussioner om utvidgning av målgruppen för en viss typ av insats. Här blir det samtidigt viktigt att beakta att patienters

²² Ramverket utgår från två grundläggande dimensioner. Den första dimensionen handlar om huruvida patienten har ett tillstånd som i hög utsträckning kan botas, eller om det är ett tillstånd som behöver hanteras över lång tid, kanske och allt oftare livslångt. Den andra dimensionen handlar om huruvida tillståndet kan hanteras inom en medicinsk specialitet, eller om flera enheter, kliniker eller funktioner måste involveras. I kombination resulterar dimensionerna i fyra organisatoriskt distinkta patientgrupper. Se *Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk*. LHC Working paper 2016:1. Ramverket beskrivs även i SOU 2018:39, s. 324-25.

behov inte bara utgår från vilket/vilka sjukdomstillstånd man har rent medicinskt. Personliga egenskaper och beteenden spelar också stor roll, och även patienter med samma diagnos kan variera mycket i kapacitet och tilltro till den egna förmågan kontra det upplevda behovet av externa stödinsatser. Inte minst när det gäller digitala lösningar varierar användarmognaden stort. Här kan i många fall en mer kvalitativ och individuell bedömning vara nödvändig för att säkerställa att föreslagna insatser är säkra.

Risکانالys och tillsynsbehov utifrån olika målgrupper – en exemplifiering

Patienter med enkla vårdbehov

Personer med relativt lindriga åkommor gynnas av en lättillgänglig primärvård och planerad specialiserad vård. Här passar dagens vårdorganisation med uppdelning i vårdnivåer och diagnosområden bra. Aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga, men interorganisatorisk samverkan är inte en primär fråga, eftersom allt normalt kan skötas inom en vårdenhet.

Patientsäkerhetsmässigt blir frågor kring "rätt ingång" och diagnossättning centrala. Många tidiga kontakter med vården sker här, vilket involverar större risker för felbedömning. Kommunikationen mellan vårdgivare och patient kring behandlingen och dess eventuella egenvårdskomponenter, exempelvis i form av medicinering hemma, är också central. Det finns även säkerhetsrisker relaterade till överkonsumtion av vård; det oftast nämnda exemplet här är överdriven antibiotikaförskrivning. Även patientsäkerheten i samband med utvecklingen inom e-hälsoområdet behöver följas upp, bland annat med avseende på ökade möjligheter till självdiagnos och större inslag av vård på distans.

Uppföljningsmässigt kan nuvarande dokumentation av vårdskador och klagomål anses spegla situationen inom olika vårdområden och hos specifika vårdgivare relativt bra, eftersom informationsinhämtning och analys är strukturerad på det sättet.

Patienter med komplicerade vårdbehov

Personer med allvarigare och mer sammansatta åkommor, där på varandra följande insatser från flera olika vårdenheter och specialiteter behövs för att möta behoven, gynnas av korta väntetider och smidiga vårdprocesser för att snabbt komma till, genomföra och avsluta behandling. Inom sjukhus blir flödesorganisering, arbetsdelning mellan olika professioner, och strukturerade överlämningar mellan vårdinsatser, från initiering till rehabilitering viktigt. God kommunikation och samverkan mellan olika enheter och grupper är väsentligt.

Patientsäkerhetsmässigt blir olika aspekter av tid och synkronisering centrala. Det gäller remissförfarande och tid för behandlingsstart, men också koordineringen mellan olika processteg i form av överlämningar, dokumentation och kommunikation mellan olika vårdgivare och professioner som är involverade i behandlingen.

Uppföljningsmässigt tas köer och överbeläggningar regelmässigt upp som patientsäkerhetsproblem. Utfallet inom vissa specifika behandlingsområden följs upp i kvalitetsregister. De risker som uppstår mellan olika steg i en behandlingskedja är sämre, eller inte alls, dokumenterade. Visst arbete har gjorts kring uppföljningen av vårdresultat i

hela vårdkedjor, men än så länge är tillgänglig data alltför sporadisk för att vara tillfredställande ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Patienter med långvariga vårdbehov

Personer med kroniska åkommor där behandlingen inte har ett entydigt slut gynnas av förebyggande arbete och livsstilsfokus som komplement till (eller en del av) den rent medicinska behandlingen. Målet är inte att bota, utan att undvika en försämring i livskvaliteten eller ett läge som kräver sjukhusvård. Frågan om patientens roll i den egna vården, och i vilken mån denna kan skötas utanför vårdinrättningarna, blir därmed viktig.

Patientsäkerhetsmässigt blir frågor kring långsiktighet och helhetssyn centrala. Kontinuitet är viktigt, men även möjligheten till omprövning, exempelvis vad gäller bestämning av en mer precis diagnos, tillgång till nya behandlingsalternativ eller anpassning av behandlingen till en ny livssituation. Det handlar även om individuella bedömningar av möjligheterna till delegering av vården till patienten själv, baserat på medicinska alternativ, patientens egna önskemål, och tidigare mönster kring exempelvis följsamhet till ordination. Ny digital teknik och nya medicinsktekniska hjälpmedel ger nya möjligheter till monitorering och behandling på distans, men även andra risker.

Uppföljningsmässigt finns en god bild kring specifika indikatorer inom vissa diagnosområden, i stor utsträckning baserat på data som samlas in till kvalitetsregister. Dock vet vi mindre om riskfaktorer som är specifika för patienter med långvariga vårdbehov, exempelvis långtidseffekter av läkemedel, hur olika livsstilsfaktorer påverkar medicinering samt effekterna av egenanvändning av ny medicinsk teknik.

Patienter med komplexa vårdbehov

Personer med multisjuklighet, samtidig somatisk och psykisk problematik eller sällsynta diagnoser gynnas av integrerade lösningar, teamarbete och en nätverksorienterad, nära vård. Det handlar ofta, men inte enbart, om äldre och sköra personer, men även exempelvis unga med psykisk ohälsa eller personer med funktionsnedsättningar som behöver multidisciplinärt omhändertagande eller samtidiga insatser från vård och omsorg. Ofta påverkar de olika åkommorna lämpligheten av olika behandlingsalternativ, och kombinationen av livssituation och sjukdomstillstånd gör att det finns stora behov av individuella lösningar. Kontinuitet i de personliga kontakterna och en balanserad syn på vad som ska åtgärdas är viktigt. Situationsanpassat och flexibelt samarbete mellan olika vård- och omsorgsgivare blir en nyckelfråga.

För de här patienterna utgör redan vårdtyngden i sig en risk. Vi vet att de som har många kontakter med hälso- och sjukvården skadas mer. Onödiga återinläggningar i samma diagnos är vanligare bland patienter med komplexa vårdbehov. Vi vet också att ineliggande sjukhusvård innebär ökade risker. Redan sköra patienter är mer utsatta för vårdrelaterade infektioner, trycksår och fallskador. Stora koordineringsbehov föreligger och därmed förknippade risker, exempelvis obefogad väntan, onödiga omtag, negativ interaktion mellan olika samtidiga behandlingar (exempelvis läkemedel), eller felaktig behandling på grund av att information tappats bort eller förvrängts i vårdövergångar. Patientsäkerhetsmässigt blir frågor kring individanpassning och samverkan centrala, såväl mellan personal från olika verksamheter som mellan vårdgivare och patient. Ibland finns kommunikationssvårigheter

på grund av nedsatt kognitiv förmåga; ibland svårigheter att kommunicera genom anhöriga som tredje part.

Uppföljningsmässigt finns en utmaning i att patienter med komplexa vårdbehov inte på ett rättvisande sätt kan följas upp enligt ramen för enskilda diagnoser eller förutbestämda vårdförlopp. Traditionellt patientsäkerhetsarbete rimmar alltså ganska dåligt med denna grups behov. Standardiserade vårdprogram eller snäva kvalitetsregister ger endast begränsad vägledning. I vilken grad uppkomna vårdskador beror på samverkansproblem eller andra orsaker är ofta svårt att bedöma, eftersom uppföljning och klagomål i hög grad analyseras enligt separata vårdområden och ansvar läggs på enskilda vårdgivare.